

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 280

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DES

ANÉVRYSMES DU PETIT BASSIN

AU COURS DE

LA PUERPUÉRALITÉ

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 6 Juillet 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ÉMILE PALAIS

EXTERNE DES HOPITAUX DE LYON

Né le 21 Juillet 1892, à Saint-Haon-le-Vieux (Loire)



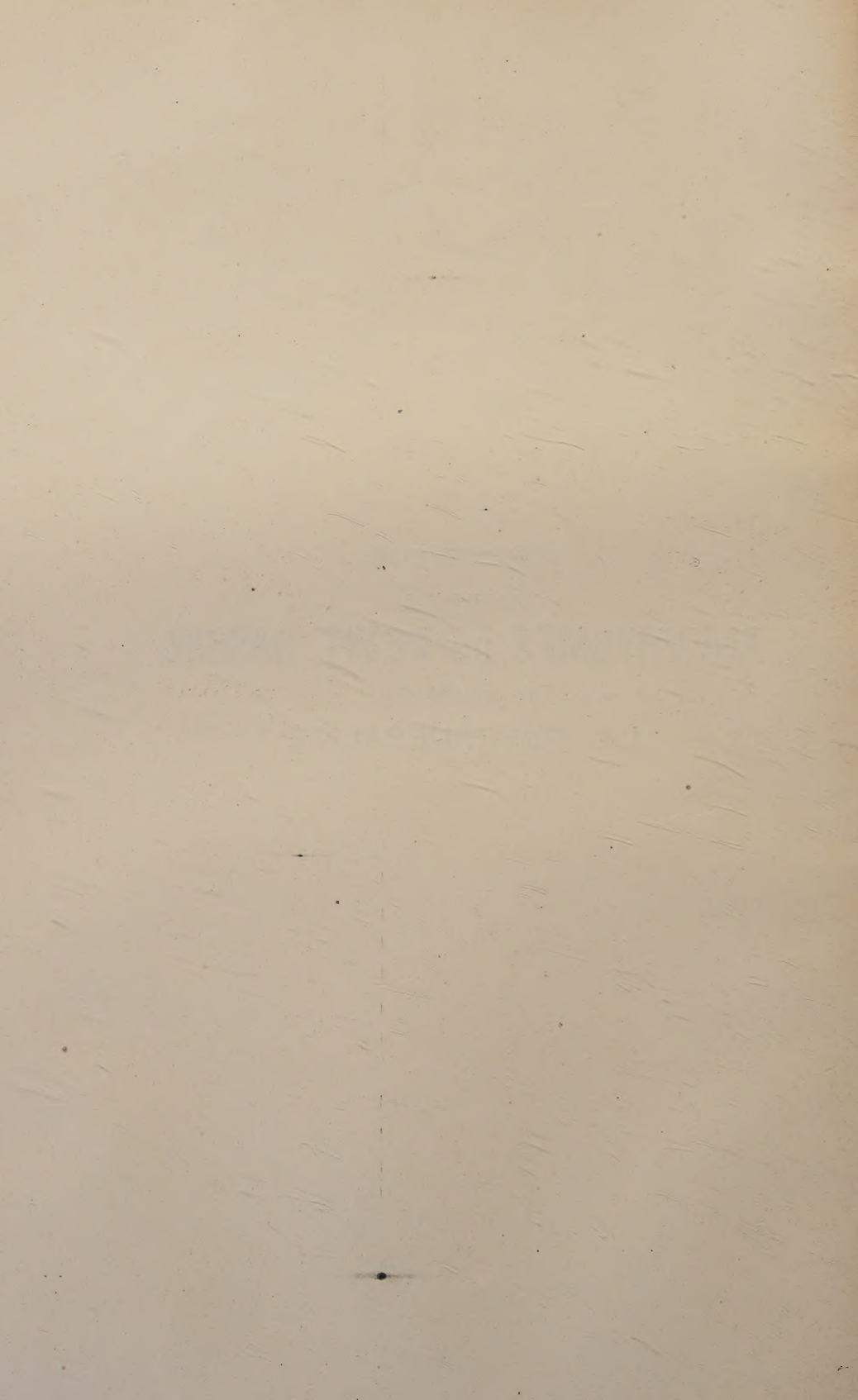
LYON

IMPRIMERIE DE LA SOURCE

21, Rue Vieille-Monnaie

—
1920

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DES
ANEVRYSMES DU PETIT BASSIN
AU COURS DE
LA PUERPUÉRALITÉ



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 280

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DES

ANÉVRYSMES DU PETIT BASSIN

AU COURS DE

LA PUERPUÉRALITÉ



THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 6 Juillet 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ÉMILE PALAIS

EXTERNE DES HOPITAUX DE LYON

Né le 21 Juillet 1892, à Saint-Haon-le-Vieux (Loire)



LYON

IMPRIMERIE DE LA SOURCE

21, Rue Vieille-Monnaie

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. LÉPINE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, MORAT, TESTUT, POLLOSSON (M.).

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales.	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique.	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique des maladies nerveuses et mentales.	FABRE
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Physique médicale	LEPINE (J.)
Chimie médicale et pharmaceutique	WEILL
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie.	MOREAU
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales	POLICARD
Anatomie pathologique.	DOYON
Médecine opératoire.	COLLET
Médecine expérimentale et comparée	MOURIQUAND
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène.	X...
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacologie	ETIENNE MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx	MM. LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL.	agrégé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND	—
Accouchements	COMMANDEUR	—
Embryologie	X...	—
Anatomie topographique	PATEL	—
Botanique	BRETIN	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD	—
Clinique infantile	X...	—
Déontologie et médecine professionnelle	X...	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	BRETIN	GARIN	DUROUX
COMMANDEUR	LERICHE	SAVY	BONNAMOUR,
NEVEU-LEMAIRE	THEVENOT (Léon)	FROMENT	chargé des fonctions
LAROYENNE	TAVERNIER	THEVENOT (L)	SARVONAT id.
VORON	CADE	PIERY	FAYRE id.
NOGIER	GUILLEMARD	COTTE	GRAVIER id.
			ROUBIER id.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. POLLOSSON, Président ; COMMANDEUR, Assesseur ;
MM. LAROYENNE et VORON, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA FEMME

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A M. le Docteur VORON

Accoucheur des Hôpitaux de Lyon, Hôtel-Dieu
Agrégré de l'Université

Nous le prions de vouloir bien croire en l'expression de nos sentiments les plus reconnaissants, pour nous avoir donné le sujet de cette thèse et pour l'aimable accueil qu'il nous a réservé dans son service à l'Hôtel-Dieu, pendant notre semestre d'externat. Nous aurons toujours présent à l'esprit ses leçons et conseils en matière obstétricale.

A M. le Professeur AUG. POLLOSSON

Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Médecine de Lyon

qui nous a fait le très grand honneur de présider cette thèse.

A M. le Docteur LAROYENNE

Chirurgien des Hôpitaux de Lyon, Hôtel-Dieu
Agrégré de l'Université

qui a bien voulu nous éclairer de ses conseils et toujours avec la plus grande bienveillance, vont nos sentiments bien reconnaissants. Nous garderons toujours le meilleur souvenir de notre semestre d'externat accompli dans son service à l'Hôtel-Dieu, à la veille de la grande guerre.

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HÔPITAUX (externat)

INTRODUCTION

En médecine, le terme d'anévrysme a été employé successivement pour désigner des formations pathologiques très diverses. Des nombreuses définitions qui ont été données de l'anévrysme, nous retiendrons celle de M. Gallavardin :

« L'anévrysme, dit M. Gallavardin, dans son « “ Précis des Maladies du cœur et de l'aorte ”, est « une tumeur sanguine, dont la paroi ou sac, est « constituée par la dilatation des tuniques du vais- « seau, et dont la cavité remplie de caillots ou de « sang, communique avec les vaisseaux ».

Ce qui caractérise la formation pathologique ainsi

dénommée, est donc la paroi du sac, formée par ces tuniques plus ou moins modifiées. Cette définition a l'avantage d'établir une classification nette, entre les anévrysmes vrais, artériels et artérioveineux, et toutes ces tumeurs formées par du sang épanché dans le voisinage d'une plaie vasculaire, et que les anciens chirurgiens avaient baptisé du nom d'anévrysmes faux. Ces anévrysmes vrais peuvent être des anévrysmes artériels circonscrits : fusiformes, sacciformes, disséquants avec une tunique moyenne qui disparaît en totalité ou en partie, et des tuniques interne et externe, hypertrophiées par l'inflammation chronique et distendues par la pression sanguine — des anévrysmes artérioveineux : varice anévrysmale constituée par une dilatation veineuse, ouverte dans une artère par une anastomose latérale — anévrysme variqueux enkysté intermédiaire où les deux orifices artériel et veineux communiquent par la tumeur interposée — anévrysme variqueux et enkysté veineux —, anévrysme variqueux enkysté artériel — L'anévrysme cirsoïde, portant sur des capillaires artériels et veineux, plus ou moins dilatés avec la tumeur cirsoïde, proprement dite, et la dilatation des vaisseaux afférents et efférents.

Cette affection est relativement fréquente, et de nombreux cas d'anévrysmes des vaisseaux des membres, de l'aorte, des vaisseaux iliaques externes, sont signalés dans la littérature médicale. Beaucoup plus rares par contre sont les anévrysmes intrapelviens de l'iliaque interne et de ses branches. Il paraît assez naturel cependant que chez la femme, certaines

de ces branches, exposées à des distensions fréquentes et prolongées, durant les phénomènes congestifs de la grossesse, à des tiraillements pendant le développement du produit de conception, à des traumatismes répétés au cours de la phase de dilatation et d'expulsion, soient le siège d'une affection qui frappe assez volontiers les autres vaisseaux de l'économie. M. le Dr Voron a bien voulu nous communiquer un cas très intéressant d'anévrysme du petit bassin, siégeant sur l'une des branches de l'hypogastrique, chez une femme en état de grossesse. Il nous a semblé qu'il y aurait intérêt à signaler ce cas et à l'étudier.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATIONS

Avant de transcrire l'observation de notre cas d'anévrysme du petit bassin au cours d'une grossesse, suivi à la Maternité de l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le Dr Voron, il nous paraît intéressant, pour avoir un point de comparaison pour notre observation, de faire ici mention de quelques rares cas d'anévrysmes de l'iliaque interne et de ses branches, que nous avons pu trouver dans la littérature médicale.

Nous ne mentionnerons qu'à titre documentaire, le cas d'un anévrysme bilobé extra et intra-pelvien, signalé en 1849 par *Bigelow*, dans *Améric. journ. of Méd.*, traité par ligature sous-péritonéale de l'hypogastrique, intervention suivie de mort par péritonite

au huitième jour, et celui observé *par P. Mallett*, à la clinique Vanderbit de New-York. Il constata chez une femme venant à la consultation, une tumeur pulsatile de la voûte vaginale et fit le diagnostic probable d'anévrysme. Mais la femme peu familiarisée sans doute à l'idée d'une intervention chirurgicale, ne revint pas !

OBSERVATION I

Résumons rapidement une assez longue *observation de MM. G. Cotte et Sancert*, d'un anévrysme artério-veineux, traumatique des vaisseaux iliaques internes, très intéressant au point de vue symptomatologie et difficultés du traitement. Il s'agit d'un blessé, laparotomisé depuis un an, envoyé dans le service de M. Cotte pour éviscération post opératoire ; ce blessé déclarait qu'il ne pouvait faire aucun service, à cause de palpitations très violentes, survenues depuis son opération. La palpation révélait chez ce blessé, au niveau de sa cicatrice médiane de laparotomie, un thrill très net perçu sur toute la hauteur de la cicatrice, avec un maximum en bas, et un deuxième maximum dans la fosse iliaque gauche, vers les vaisseaux iliaques. On ne perçoit nulle part de tumeur. En aucun point, une pression limitée ne fait disparaître le thrill. A l'auscultation, on perçoit un souffle continu à renforcement systolique, très net, fort et rude, se propageant le long du membre inférieur, jusqu'à la malléole interne, et en haut jusque dans la région du cœur ; il en masque à ce niveau les bruits normaux. On croirait ausculter un cœur atteint de grosses lésions valvulaires. Le blessé d'ailleurs " sent son cœur et en souffre ". Le diagnostic d'anévrysme artério-veineux des vaisseaux iliaques est posé. L'intervention est décidée. Le péritoine ouvert et le blessé incliné, nous voyons, dit M. Cotte, une tumeur comblant toute la cavité pelvienne. Nous commen-

çons par mettre à nu l'artère iliaque primitive, glissons un fil de catgut sous le vaisseau et le condons ; les battements s'arrêtent dans la tumeur qui se vide en partie. Nous en faisons autant sur l'iliaque externe ; la tumeur n'est pas modifiée. L'opération est répétée sur l'hypogastrique ; la tumeur s'affaisse. Nous faisons alors la ligature définitive de l'hypogastrique à son origine. Nous cherchons alors à isoler un pôle inférieur de la tumeur, afin de faire audessous d'elle, une ligature du bout inférieur de l'artère et de la veine. Il est impossible sans une dissection complète de la tumeur, semble-t-il de suite, d'arriver sur son pôle inférieur, profondément enfoncé dans le bassin. Nous commençons donc une dissection minutieuse de la poche. La partie supérieure et droite de la tumeur est isolée jusque dans la partie tout à fait inférieure, vers le périnée, où nous isolons enfin un pôle inférieur. A partir de là, la dissection n'avance plus. Toute la paroi gauche de la tumeur est intimement fusionnée à la paroi pelvienne, vers l'épanouissement de l'artère hypogastrique. Il est impossible de poursuivre la dissection, achevée cependant pour les trois quarts. On ouvre le sac et on découvre un orifice admettant l'index. La ligature n'étant pas possible, en dehors de la poche, on essaie d'oblitérer la voie de communication par suture ; on tente en somme une endo-anévrysmorrhaphie de Matas. Mais la paroi de la poche est tout à fait friable ; il est impossible d'y faire tenir une suture. Renonçant à ce procédé, nous cherchons à disséquer en dehors de la poche le petit canal veineux qui y ramène le sang. La dissection est impossible. Une pince finit par remplacer le doigt qui comprime ; l'hémostase est complète. La poche est enlevée en grande partie au ciseau, et le reste, marsupialisé. Un drain est laissé en place. Shock opératoire très accusé, agitation de mauvaise augure. Le blessé

succombe dans la soirée sans aucun symptôme caractéristique.

OBSERVATION II

Voici résumée également une *observation de Mundé (1898)* concernant un anévrisme de l'artère utérine, traité par ligature de l'hypogastrique, suivie d'un traitement électrique. Une grande analogie de topographie, de symptomatologie et de diagnostic se présente entre le cas observé par Mundé et celui observé par nous à la Maternité de l'Hôtel-Dieu.

Il s'agit d'une femme venant consulter Mundé pour une sensation de brûlure et de battements dans la région inguinale gauche, et opérée deux ans auparavant pour un abcès du cul de sac vaginal gauche, abcès qui guérit rapidement. Au toucher, Mundé remarqua une tumeur molle, fluctuante, fortement pulsatile, frémissante, de la grosseur d'un œuf de poule, faisant saillie dans le cul de sac vaginal, finissant au col et s'étendant légèrement en bas sur la paroi vaginale. En un point proche du col, frémissement très prononcé et très net. C'était évidemment une dilatation de l'artère utérine, la seule possible en ce point. Le caractère dangereux de la lésion était évident, évident aussi était le remède de choix : la ligature de l'hypogastrique, de laquelle naît l'artère utérine, ainsi que les autres différents vaisseaux irriguant les organes pelviens de la femme. Je pouvais certes, dit le chirurgien, aller chercher et lier la portion non dilatée de l'utérine et l'autre bout de l'anévrisme à travers une incision dans le cul de sac vaginal, mais l'incertitude, aussi bien de l'origine exacte que de l'extension de l'anévrisme, le danger de blesser un vaisseau : artère ou veine, dont la ligature à travers le vagin serait difficile ou impossible, et aussi la blessure possible de l'uretère me détournèrent de cette méthode. Il me restait seulement un procédé

sûr et certain, ouvrir l'abdomen et lier l'iliaque interne, entre son origine et sa division en hémorroïdale et utérine.

La malade est admise d'urgence au Mount-Sinaï-Hopital et opérée. Un assistant, l'index dans la vagin et sur l'anévrysme, m'informait en quel point de l'artère la pression arrêta la pulsation de l'anévrysme. En ce point était appliqué la ligature. Quand le fil fut serré (catgut chronique) délicatement mais fermement, la pulsation de l'anévrysme avait cessé complètement ; immédiatement après l'opération, il y avait une faible pulsation de l'anévrysme, qui, à la fin de la semaine avait un peu augmenté, probablement par l'apparition d'une circulation collatérale. Le thrill avait entièrement disparu, et la portion saillante de la tumeur vaginale était devenue dure et solide. Elle avait évidemment régressé. Pour assurer la guérison, le sac anévrysmal fut soumis à l'action d'un courant de vingt milliam-pères, par l'intermédiaire d'une aiguille de platine, bien isolée et enfouie profondément dans la tumeur. Cette aiguille représentait le pôle positif, tandis qu'une large éponge mouillée appliquée sur la fesse était en communication avec le pôle négatif. Il y eut en tout deux séances d'électrolyse, d'une demi-heure de durée, à trois jours d'intervalle. La tumeur se ratatine et se durcit de façon manifeste. Ces applications n'offraient plus le moindre inconvénient après cette opération, et elles ont apparemment contribué pour leur part à la guérison définitive de la malade. Six semaines après l'opération, Mundé explora l'ancien anévrysme, il avait perdu la moitié de ses dimensions premières, était dur, indolore, on ne sentait plus à son niveau que la pulsation de l'artère utérine normale. Nous ne discuterons pas pour l'instant le résultat de cette méthode opératoire : ligature de l'hypogastrique, suivie d'un traitement électrique réservant cette discussion au chapitre

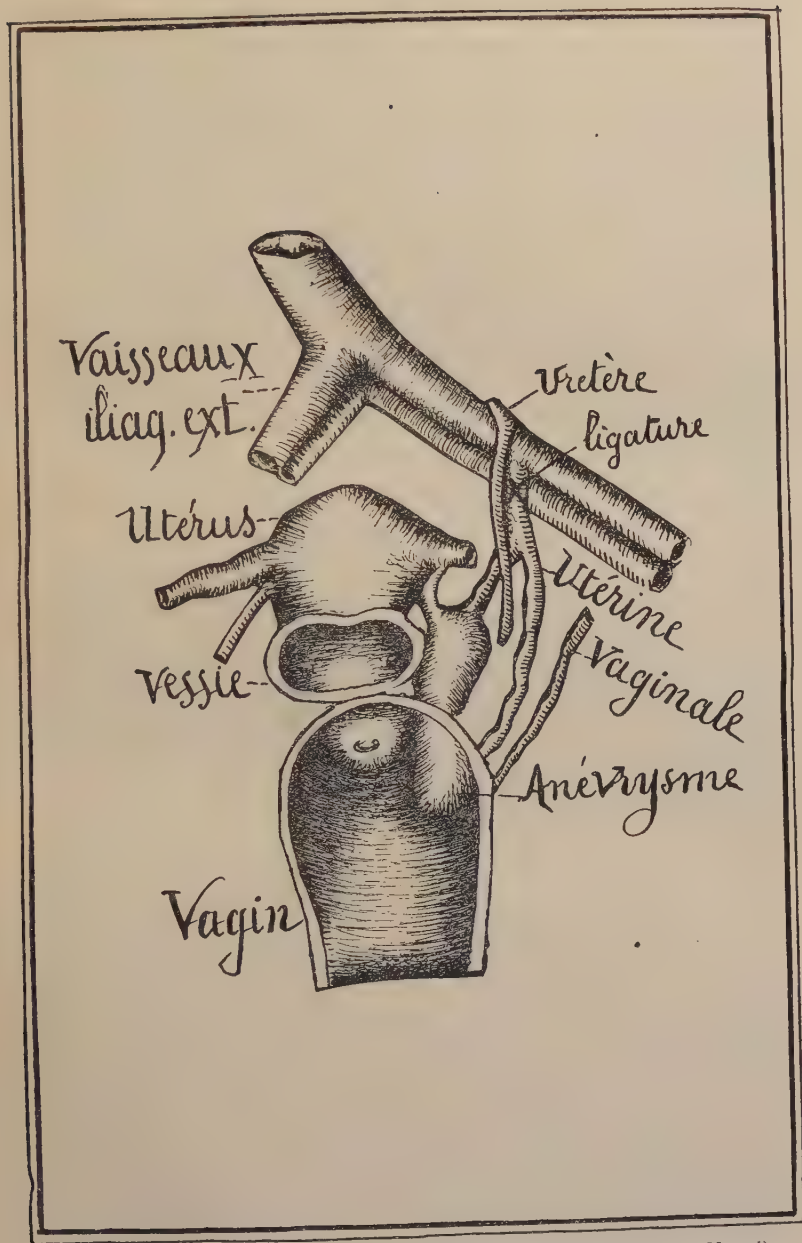
Trailement. Signalons cependant que Mundé, examinant cette malade quarante-deux jours seulement après l'intervention, affirma : " guérison définitive ". Les symptômes de la tumeur anévrysmale réapparurent-ils plus tard ? Quelque complication survint-elle ? Nous ne le savons pas et peut être devons-nous faire quelque réserve au sujet de la mention : guérison définitive de la malade.

OBSERVATION III

Plus récente est cette *observation de M. Lafourcade*, communiquée à la Société de Chirurgie de Paris (Octobre 1919), d'un anévrysme de l'hypogastrique. Cette observation nous intéressera par sa symptomatologie, les différents diagnostics posés et son traitement : ligature de l'iliaque interne.

Je suis appelé le 25 septembre dernier, dit M. Lafourcade, par mon ami, le D^r Claisse, de Biarritz, auprès de M^{me} de C., âgée de 35 ans, qu'il croyait atteinte de grossesse extra-utérine. Elle avait eu deux grossesses antérieures, la dernière quatre ans auparavant. La malade se plaint principalement d'une douleur, siégeant au niveau du centre de la fesse droite, assez forte pour l'obliger à garder le lit. Elle ne présente aucun trouble de la menstruation, aucune perte de sang, aucun symptôme réflexe, si bien que le simple interrogatoire éloignait l'idée d'une grossesse ectopique. Quelques pertes blanches. Souffrant du bas ventre et de la fesse depuis sept à huit mois, M^{me} de C. a consulté à Paris et à Poitiers où elle habitait. Le diagnostic de salpingite droite fut porté. La malade fut mise au repos complet, avec glace sur le ventre. Le traitement ne donna aucune amélioration.

A l'examen de la malade, je fais les constatations suivantes : Il existe dans le cul de sac postérieur et dans le cul de sac droit, une tumeur du volume d'une orange, rénitente, à contours nets, et indépendante de l'utérus. Elle ne fait



Ligature de l'hypogastrique pour anévrysme de l'artère utérine (d'après MUNDÉ).

aucune saillie, au-dessus du détroit supérieur. Ce qui attire mon attention, c'est un battement artériel très fort, repoussant presque le doigt explorateur. En outre, la tumeur est animée d'une expansion systolique des plus caractéristiques. En appuyant avec l'index et le médian, introduits dans le vagin, sur la tumeur, j'ai l'impression d'une réduction marquée de celle-ci. L'oreille étant appliquée sur le bas-ventre, je perçois un souffle systolique intermittent, ayant une grande intensité. L'examen de la fesse, pratiqué au niveau du siège de la douleur, est négatif. Mais l'auscultation permet d'entendre la propagation du souffle précédent, lequel ne se propage pas le long de la fémorale. La pression exercée sur l'aorte abdominale fait disparaître tous les symptômes ci-dessus. Je songeais à un anévrysme et par suite du siège, à un anévrysme de l'artère hypogastrique. Le D^r Claisse et moi, nous mîmes le mari au courant de la situation, en lui exposant la gravité de l'affection dont était atteinte M^{me} de C.. Je proposais la ligature de l'hypogastrique, ne pensant pas que l'ablation de la tumeur entre deux ligatures, put être tentée dans cette région. Opération le 25 septembre, avec l'aide des D^{rs} Claisse et Croste. Incision médiane, mise en place d'un écarteur sus-pubien. Les annexes sont complètement indemnes. La tumeur, animée de battements et d'expansion, occupe le ligament large droit. Sa face postérieure présente une voussure très marquée, qui se prolonge jusqu'à sa base. Je vais immédiatement sur le promontoire et incise le péritoine, à cinq centimètres et demi de la ligne médiane, sur le trajet de l'iliaque primitive droite. Prolongeant la dissection vers le bas, j'arrive à la bifurcation de l'artère, et repère l'iliaque externe. Me portant en dedans, j'aperçois l'origine de l'hypogastrique. Continuant mes recherches vers le bas, je tombe immédiatement sur le sac anévrysmal. Il existe un

centimètre à peine, entre la bifurcation de l'iliaque primitive et l'origine supérieure de l'anévrysme. Je dénude l'artère, passe de dehors en dedans un fil que je serre au ras même de la bifurcation de l'iliaque primitive. Je passe un second fil que je serre au-dessous du précédent. Quelques points de suture réparent la brèche péritonéale. Avant de fermer le ventre, je note que la tumeur anévrysmale a disparu et qu'il n'existe ni pulsation, ni expansion. Suites opératoires très simples, la douleur a disparu depuis l'opération et la malade a quitté ma clinique quinze jours après l'opération.

Nous pouvons, au sujet de l'observation de M. Lafourcade comme au sujet de celle de Mundé, nous demander s'il n'est pas un peu tôt (15 jours) pour conclure à la guérison. C'est ainsi que M. le Professeur Nové-Josserand, dans une communication à la Société de Chirurgie de Lyon, en 1913, signale un cas d'anévrysme artério-veineux de la région parotidienne, traité par la ligature de la carotide externe, intervention suivie d'arrêt des battements pendant quinze jours, puis de récédive.

OBSERVATION IV

Voici en dernier lieu, l'observation *in extenso* de notre cas d'anévrysme, au cours de la grossesse. *Service de M. le Dr Voron, Maternité, Hôtel-Dieu.*

Madame F., 42 ans.

Antécédents héréditaires : Rien à signaler, sept frères et sœurs en bonne santé.

Antécédents physiologiques : Nourrie au sein, réglée à 14 ans régulièrement.

Grossesses et accouchements antérieurs : Vient pour sa neuvième grossesse. Dit accoucher de gros enfants :

Quatre enfants vivants, trois morts dont deux de méningite et de diarrhée.

Un enfant né prématurément à sept mois.

Grossesse actuelle bien supportée.

Accouchement présumé : 2 janvier, d'après dernières règles, 25 mars.

Antédédents pathologiques : Cette femme a toujours joui d'une excellente santé (aucune tare : ni alcoolisme, syphilis, arthritisme ou artério-sclérose).

Elle entre à l'Infirmierie de la Maternité quelques jours avant son accouchement.

20 Décembre 1919. — Toucher de M. le D^r Voron, on note : Col de multipare. Pas de dilatation. Présentation très haute, difficile à atteindre. On perçoit dans le vagin une masse latérale droite, sorte de tumeur liquide, molle et réductible à la pression. Thrill direct des parois (M. le D^r Voron diagnostique un anévrysme).

Cette femme accouche le 21 décembre 1919. Le début des douleurs a lieu le 20, à 11 heures du matin, et la terminaison de l'accouchement, le 21, à 2 heures 30 du matin. Durée totale du travail : 15 heures 30. Très gros enfant : fille pesant 4970 grammes. Placenta : 980 grammes. Dystocie des épaules ; dégagement par le procédé habituel.

31 Décembre 1919. — Toucher de M. le D^r Voron. On sent dans le sinus sacro-iliaque droit, une tumeur molle, néanmoins plus rénitente que pendant la grossesse. Cette tumeur se vide sous la pression du doigt. Elle est pulsatile surtout dans sa partie qui fait saillie dans le vagin, et en même temps, le siège d'un thrill intense. Souffle systolique très net à l'auscultation de la région sus-inguinale droite.

16 Janvier 1920. — Ligature de l'hypogastrique par MM. les Chirurgiens Laroyenne et Durand. Dès que le fil est serré, les symptômes disparaissent. Constatation faite par le toucher vaginal, au cours de l'intervention. Avant sa sortie de l'hôpital, c'est-à-dire moins de huit jours après

l'opération, le doigt vaginal sent la réapparition des symptômes, mais " très faibles ".

29 Janvier 1920. — Toucher de MM. les D^{rs} Laroyenne et Voron : Après une phase d'affaissement total, après l'intervention, on sent de nouveau à droite, une tumeur grosse comme un œuf de poule, légèrement pulsatile, avec thrill sur la paroi vaginale, un peu au-dessous de la tumeur. Mais pulsations et thrill sont infiniment moins marqués qu'avant l'intervention.

9 Février 1920. — Toucher de M. le D^r Laroyenne : La tumeur vaginale est moins liquide, comme si caillots adhérents. Légère expansion systolique. Thrill. A l'auscultation de la branche horizontale du pubis, souffle en dedans des vaisseaux iliaques externes. Donc récédive, mais diminution des symptômes primitifs.

10 Février 1920. — Toucher de M. le D^r Voron : La tumeur semble avoir augmenté encore (volume actuel : petite mandarine). Thrill assez marqué sur la paroi vaginale, mais la pulsatilité de la masse elle-même est très faible, de même que l'expansivité.

4 Mars 1920. — Toucher de M. le D^r Laroyenne : On sent contre la paroi vaginale droite, un bourrelet allongé dans le sens antéro-postérieur, qui bat d'arrière en avant et de haut en bas, et qui subit un mouvement d'expansion systolique. En déprimant ce bourrelet fluctuant, on arrive à le réduire complètement. En continuant la pression, on perçoit très nettement le thrill. Paraît correspondre à un point, puisque plusieurs observateurs ne le sentent pas immédiatement à la manœuvre indiquée. On entend toujours le souffle systolique, au niveau de la région crurale.

29 Mars 1920. — Intervention par MM. les Chirurgiens Laroyenne et Durand.

Anesthésie rachidienne, dix centigr. de scurocaïne, insuffisante. Ether. On repasse dans l'ancienne cicatrice, on sectionne le ligament utéro-ovarien du côté droit. On enlève les annexes de ce côté et on remarque dans leur pédicule, de ce côté de l'utérus, un énorme sinus vasculaire béant à la coupe. Découverte de l'uretère droit, avec quelques difficultés ; isolement et repérage du conduit. Isolement d'un faisceau vasculaire, sur lequel on croit sentir le thrill, mais que l'on reconnaît être le paquet de l'iliaque externe. Plus bas, dans la profondeur du bassin, on trouve un faisceau vasculaire agité d'un thrill continu. La direction de ce faisceau vasculaire très dilaté, est dans son ensemble antéro-postérieur. On pince en plusieurs endroits ce faisceau vasculaire, et on le sectionne. On arrive à remplacer les pinces par des ligatures. Un suintement sanguin persiste du côté de la grande échancrure sciatique. Il s'arrête par un tamponnement de cette région. Hystérectomie abdominale totale. On fait sortir par le vagin l'extrémité des trois compresses de gaze qui tamponnent l'espace sous-péritonéal, au voisinage de l'échancrure sciatique. Péritonisation assez laborieuse. Fermeture totale de l'abdomen. Après l'intervention, la malade semble aller bien mais se plaint cependant de son membre inférieur droit. Elle succombe très brusquement dans la soirée. L'autopsie n'a pu être faite ; on a tendance à croire, sans en avoir la certitude cependant, qu'il s'agit d'une mort par hémorragie interne.

Nous venons de voir que M. le Dr Voron, après avoir examiné le 20 décembre 1919 cette femme sur la fin de sa grossesse, après toucher vaginal, se basant sur les symptômes suivants : tumeur molle, réductible, animée de battements systoliques, douée d'expansion

thrillante avec souffle systolique, avait dianostiqué un anévrysme.

Devions-nous songer à un anévrysme artériel, artério-veineux ou cirsoïde ?

L'anévrysme cirsoïde, disons-le rapidement, se rapproche beaucoup de l'anévrysme artério-veineux par ses symptômes locaux et son anatomie pathologique, mais il a un siège assez spécial : les extrémités des membres, le cuir chevelu, ou bien il succède à un angiome artériel. Aussi chez notre malade, sans nous attarder à cette hypothèse, nous nous posions la question suivante : S'agit-il d'un anévrysme artériel ou artério-veineux. Si nous comparons quelques cas d'anévrysme artériel et artério-veineux et nous avons à dessein signalé celui de M. G. Cotte, nous trouvons une symptomatologie presque identique : tumeur molle, animée de battements, réductible, douée d'expansion, avec thrill et souffle systolique. Néanmoins quelques particularités très importantes doivent être signalées, qui nous permettront de penser à un anévrysme artériel.

Quels sont les caractères du *thrill* et du *souffle*, dans l'anévrysme artério-veineux ?

Le *thrill*, sensation à la fois tactile et auditive, est un frémissement énergique, “ continu ”, à renforcement systolique, “ se propageant très loin ” dans les veines dilatées.

Le *souffle* est rude, “ strident ”, dit Delbet, a été comparé au bruit du vent. Il est “ continu ”, à renforcement systolique, “ se propage très loin ”, à la fois en direction centripète et centrifuge, surtout centrifuge.

De nombreuses théories ont été émises autrefois pour expliquer ce thrill et souffle continu, à renforcement systolique, à propagation lointaine. Breschet, admettant que le flux et reflux du sang par la communication alors qu'en réalité, la pression du sang dans l'artère y rend impossible, l'arrivée du sang veineux, écrivait que le frémissement continu est du au passage du sang de la veine dans l'artère, alors que le renforcement systolique est lié au passage du sang, de l'artère dans la veine. Chassaignac leur attribuait une nature électro-chimique. Broca les rattachait à la vibration des bords de la fistule, avec renforcement systolique. Chauveau admettait que c'est la colonne sanguine elle-même, qui entre en vibration en donnant des bruits liquidieux. C'est cette dernière théorie qui semble la plus plausible. Elle s'appliquerait davantage au souffle qu'au thrill. Le thrill, sur la nature et sur la signification duquel on a beaucoup discuté, indiquerait une différence de pression entre deux courants liquides, communiquant par un espace rétréci. Il ne serait pas en réalité pathognomonique, de l'anévrysme artério-veineux. Il se produirait chaque fois qu'il existe un changement de calibre dans une colonne sanguine. On le rencontre même dans les compressions artérielles et dans les lésions du sympathique cervical, étudiées récemment par M. Leriche, par action inhibitrice sur un segment vasculaire. MM. Dellet et Tuffier affirment que le thrill n'est pas suffisant pour faire le diagnostic d'anévrysme artério-veineux. M. Leriche a vu à l'H. O. E. de Bouleuse, un blessé présentant à la racine de la cuisse gauche, un thrill tel, qu'il pouvait

faire songer à un anévrysme artério-veineux. Le blessé mourut d'occlusion aigue du grêle, et à l'autopsie, les vaisseaux minutieusement disséqués par M. Leriche, ne révélèrent aucune trace de communication artério-veineuse. M. le Professeur Hartmann dit : « Le bruit « de souffle continu, avec renforcement, se rencontre « dans tous les cas de communication artério-veineuse, « qu'il y ait ou non tumeur ». Que devons-nous conclure ? Notre malade présentait thrill et souffle, mais ces deux symptômes n'avaient pas ce caractère énergique (souffle strident, écrit Delbet), “ continu », à “ propagation lointaine ». Ils étaient plutôt systoliques, chez notre malade, d'intensité moyenne et relativement limités. Aussi, dès maintenant, pourrions-nous penser plutôt à un anévrysme artériel.

Notre malade ne présentait pas d'*albumine* dans ses urines. Polaillon et Abrévrier l'ont signalée dans l'anévrysme artério-veineux.

Elle ne présentait également aucune *lésion cardiaque*, aucun symptôme spécial, susceptible d'attirer l'attention, du côté de cet organe. Or, MM. les Professeurs Delbet et Tuffier, signalent le retentissement de l'anévrysme artério-veineux sur le cœur. M. R. Leriche (Société de Chirurgie de Lyon) présente un cas d'asystolie, consécutive à l'évolution d'un anévrysme artério-veineux iliaque externe, asystolie guérie en quelques heures, par l'extirpation de l'anévrysme. MM. Bérard, Patel, Cotte, signalent également ces troubles cardiaques dans l'anévrysme artério-veineux. Sir Osler et Sir G. Makins ont fait également de nombreuses recherches sur le retentissement cardiaque

des anévrysmes artério-veineux. Nous sommes encore d'avis sur ce quatrième point, qu'il pourrait s'agir chez notre malade, d'un anévrysme artériel. Néanmoins, nous en sommes réduits à une hypothèse, car l'autopsie n'a pû être pratiquée.

En second lieu, quel était le siège vraisemblable de l'anévrysme ?

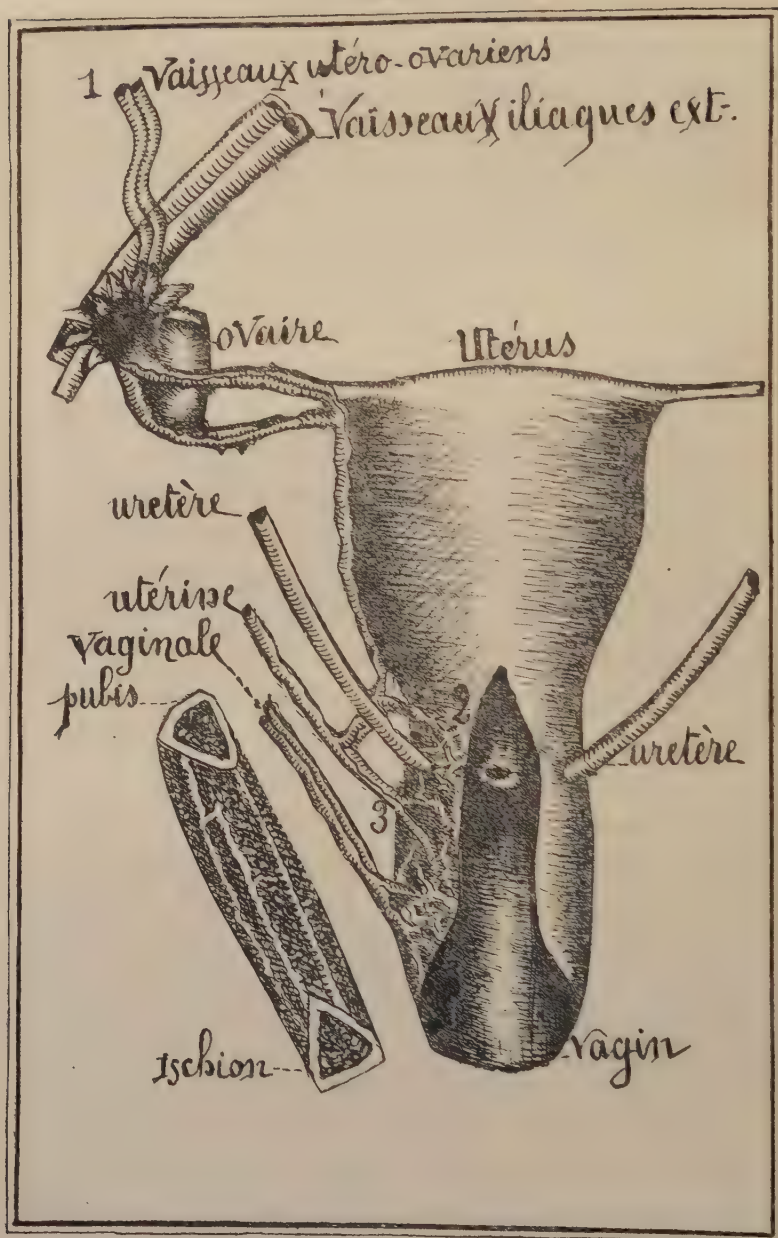
Il est déjà difficile, surtout dans la première phase d'évolution des anévrysmes, de faire le diagnostic de cette affection, alors qu'elle ne détermine encore aucun symptôme subjectif. Elle peut être ignorée pendant longtemps, passant inaperçue du malade lui-même. L'anévrysme diagnostiqué « il est toujours fort difficile, dit Delbet, de préciser sur quelle artère il a pris « naissance, surtout quand la tumeur est volumineuse ». Nous avons vu au point de vue symptomatologie, que par le toucher vaginal, on sentait très nettement une portion saillante de la tumeur, dans la cavité vaginale, portion que l'on arrivait à réduire par la pression du doigt. Quels sont donc les vaisseaux qui dans cette région ou région voisine, pouvaient être le siège de la tumeur anévrysmale.

Dans cette région du dôme vaginal, des culs de sac vaginaux, dans la région latéro-utérine, deux troncs vasculaires nous intéressent plus spécialement, l'artère utérine et l'artère vaginale, branches de l'hypogastrique. L'artère utérine, après avoir parcouru la partie inférieure de la fosse ovarienne, suivi la paroi latérale du bassin, se porte transversalement en dedans, répondant à la base du ligament large ; à côté d'elle, cheminent des veines volumineuses. L'uretère la croise

obliquement, en passant en arrière d'elle, à deux centimètres environ du bord de l'utérus ; puis l'artère décrit une courbe, à concavité sapéro-externe, et remonte ensuite le long du bord correspondant de l'utérus, entre les deux feuillets du ligament large, en un trajet flexueux. Au niveau de sa crosse, l'artère utérine abandonne des rameaux vaginaux antérieurs et postérieurs, et des rameaux au col de l'utérus. Ces artères, nées de l'utérine, sont parfois très développées et donnent alors naissance aux pulsations que l'on peut quelquefois constater par le toucher vaginal, au niveau des culs de sac latéraux (Testut et Jacob).

L'artère vaginale oblique en bas et en dedans comme l'utérine, se dirige sur les côtés du vagin, et descend le long de ces bords jusqu'à la vulve. Dans son trajet, elle abandonne des rameaux au col de la vessie, mais elle se distribue principalement aux parois du vagin, en s'anastomosant sur la ligne médiane avec la vaginale du côté opposé.

La tumeur anévrysmale siègeait-elle sur l'utérine, dans le voisinage de la crosse, sur la crosse elle-même, sur un rameau né de la crosse de l'utérine, rameau vaginal ou cervico-utérin ou sur la vaginale elle-même ? Il est presque impossible d'affirmer où fut l'origine de la tumeur anévrysmale. M. le D^r Laroyenne trouve assez plausible cette hypothèse de la tumeur siégeant soit sur la vaginale, soit plutôt sur l'un des rameaux, nés de la crosse de l'utérine, rameaux parfois très développés, donnant naissance aux pulsations que l'on sent parfois normalement par le toucher



Vaisseaux utéro-ovariens (1), sont le siège d'une très grosse dilatation.
Origine vraisemblable de la tumeur anévrysmale, soit sur un rameau vaginal (2) ou cervico-utérin (3), né de la crosse de l'utérine.

vaginal. Mais là encore, nous en sommes réduits à une hypothèse.

Résumons en disant qu'il s'agissait vraisemblablement chez notre malade, d'un anévrysme artériel, siégeant de préférence sur l'un des rameaux nés de la crosse de l'utérine, rameau vaginal ou cervico-utérin.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE

Si nous avons soin de lire attentivement les observations signalées, et plus spécialement celle transcrite par nous, nous y trouvons toute la symptomatologie de ces anévrysmes du petit bassin :

“ Tumeur molle, fluctuante ”, trouve-t-on dans l’observation de Mundé, “ rénitente ”, dans l’observation de M. Lafourcade, “ tumeur molle ”, note-t-on dans notre observation, surtout après l’accouchement, plus rénitente pendant la grossesse, moins liquide, paraissant remplie de caillots après la ligature de l’hypogastrique.

“ Réductible ”, se vidant sous la pression du doigt,

écrit-on le 31 décembre 1919, au sujet de notre malade.
“ Réduction marquée ” de la tumeur, signale M. Lafourcade.

“ Animée de battements systoliques ”, pulsatile. Ces battements artériels et ces pulsations sont notés dans toutes les observations signalées.

“ Douée d'expansion ”, et c'est là l'un des signes caractéristiques de l'anévrysme, alors que le battement peut s'observer dans une tumeur voisine d'une artère. Cette expansion systolique disparaît très notablement après la ligature de l'hypogastrique chez notre malade. Cette expansion systolique est des “ plus caractéristiques ” signale M. Lafourcade dans son observation.

“ Avec thrill ” (le thrill de W. Hunter, le frémissement vibratoire des auteurs français, le *schwirendes Gerausch* des allemands). Il donne une sensation à la fois tactile et auditive (Delbet) ; il est comme entendu par les doigts qui palpent (P. Duval) ; on l'a comparé au bruit des vitres ébranlées par un fardeau pesant (Delbet). Ce thrill est noté dans toutes nos observations.

“ Souffle systolique ” ayant une grande intensité, écrit M. Lafourcade ; “ souffle systolique très net à l'auscultation de la région sus-inguinale droite, trouve-t-on dans notre observation ; “ souffle continu fort et rude ”, note M. G. Cotte, dans son observation d'anévrysme artério-veineux des vaisseaux iliaques internes.

L'auscultation du cœur (examen de M. Gallavardin), ne révèle aucun symptôme chez notre malade, atteinte selon notre hypothèse, d'anévrysme artériel, mais par contre, est des plus intéressantes chez le malade de

M. G. Cotte, atteint d'anévrysme artério-veineux, avec toute une scène cardiaque. " Le malade sent son cœur et en souffre " a-t-on noté.

Les urines ne présentent pas d'albumine chez notre malade. Mundé et M. Lafourcade n'en font pas mention. Nous insistons sur ce fait, car l'albuminurie est fréquemment observée, comme nous l'avons dit précédemment, au cours d'anévrysme artério-veineux. Polaillon a insisté autrefois sur les symptômes à distance, par troubles circulatoires, et Abrevrier (Communication à la Société de Chirurgie de Paris, 1918) signale que l'albuminurie chez un porteur d'anévrysme artério-veineux de la fémorale gauche, disparut après la ligature du sac anévrysmal ; on peut se demander si elle n'était pas due aux troubles circulatoires.

Des troubles moteurs et sensitifs sont signalés par Mundé (sensation de brûlure) et par M. Lafourcade (douleur au centre de la fesse, obligeant la malade à garder le lit).

Cette symptomatologie, comme nous le voyons, est celle de l'anévrysme en général.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Avec quelles autres formations pathologiques peut-on confondre la tumeur anévrysmale du petit bassin ?

Quelque affection des annexes : salpingite, salpingo-ovarite ; la confusion est possible. L'anévrysme de l'hypogastrique (obs. III) diagnostiqué par M. Lafourcade, fut pris tout d'abord pour une salpingite, chez cette malade qui avait consulté à Paris et à Poitiers. Chez notre malade, qui était à la veille d'accoucher et présentait une tumeur avec toute la symptomatologie de l'anévrysme, l'idée d'une affection des annexes fut écartée.

Une grossesse ectopique. Nous avons vu (obs. III) que ce même anévrysme de l'hypogastrique, pris tout

d'abord pour une salpingite, fut considéré dans la suite comme une grossesse ectopique. Chez notre malade présentant un gros utérus gravide, une grossesse évoluant normalement, on ne pouvait y songer.

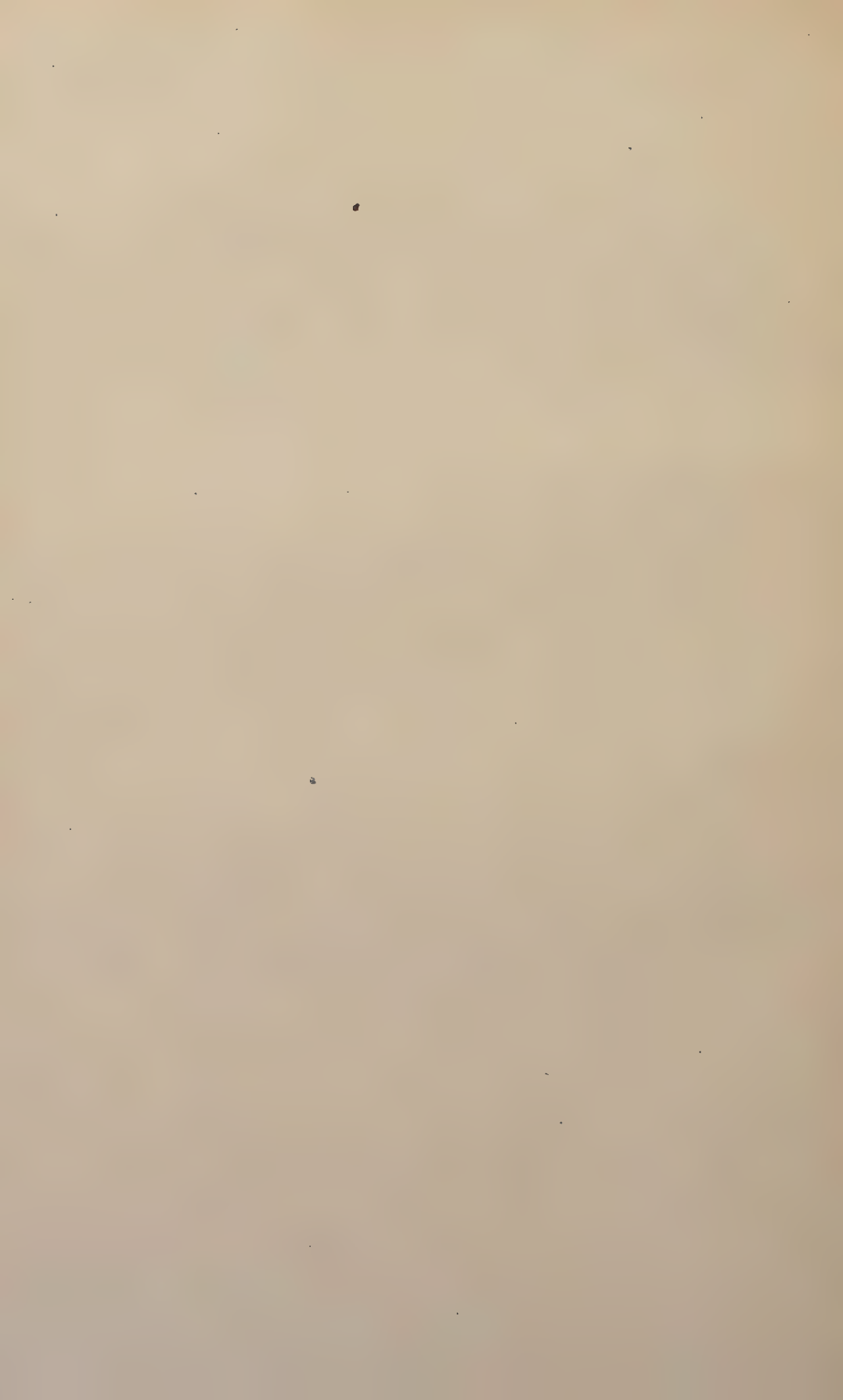
Un kyste de l'ovaire à développement pelvien, saillant dans le cul de sac vaginal? La symptomatologie de la poche anévrysmale expansive, thrillante et soufflante, écarte cette idée.

Des dilatations variqueuses du plexus vaginal et utérin. Chez une femme à la fin de sa grossesse, et surtout chez une multipare âgée, il faut y songer. Mais ces dilatations variqueuses ne sont pas expansibles et thrillantes, même si toutefois elles sont animées de battements.

L'abcès peut se rencontrer dans cette région et prêter à erreur, surtout s'il est en contact avec un gros tronc vasculaire. La malade de Mundé par exemple (obs. II) avait tout d'abord présenté un abcès du cul de sac vaginal gauche, opéré deux ans auparavant. Malgré la mollesse, la fluctuation de la tumeur, le thrill, le souffle et l'expansivité, doivent écarter cette hypothèse. Néanmoins, les faits suivants que nous signalons à titre documentaire, montrent bien que l'erreur de diagnostic est possible entre l'abcès et l'anévrysme: White et Toracchi ponctionnèrent chacun un anévrysme, croyant avoir affaire à un abcès. Ferrand, Desault, Pelletan, Dupuytren, Boyer, Holmes, Pirogoff, ont enfoncé leur bistouri dans des anévrysmes, croyant qu'ils avaient affaire à des abcès. Richet avait déjà le bistouri à la main, lorsqu'il reconnut que le soi-disant abcès qu'il allait ouvrir

était un anévrysme de l'axillaire. Bergmann incisa un anévrysme de la carotide, croyant qu'il s'agissait d'une amygdalite phlegmoneuse.

Doit-on prêter attention à l'âge de la malade ? La question ne présente qu'un intérêt médiocre. Signalons néanmoins la statistique de Lisfranc : 88 cas d'anévrysmes de 25 à 50 ans, sur 120 ; celle de Crisp : 327 de 30 à 50 ans, sur 505 ; celle de Monod et Vanverts : 215 de 30 à 50 ans, sur 339. La malade de M. Lafourcade était âgée de 34 ans. Notre malade avait 42 ans.



CHAPITRE IV

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Les causes que l'on invoque habituellement dans l'étiologie de l'anévrysme sont de deux ordres : causes d'ordre général telles que l'artérite chronique, les artérites infectieuses, l'arthritisme, l'alcoolisme, le paludisme, plus particulièrement la syphilis et le traumatisme.

Les anévrysmes artério-veineux sont la plupart du temps dus aux traumatismes ; un grand nombre d'anévrysmes de ce genre ont été observés pendant la guerre, tel celui de M. G. Cotte (obs. I).

Dans l'étiologie de l'anévrysme artériel, toutes les causes signalées plus haut, sont invoquées : causes

d'ordre général et le traumatisme. Nous avons vu que Mundé attribue l'anévrysme de l'utérine chez sa malade, au traitement opératoire d'un abcès du cul de sac vaginal (traumatisme). M. Lafourcade mentionne : origine inconnue et ne discute pas l'étiologie. Chez notre malade, quelle cause peut-être invoquée ? M^{me} F. a toujours joui d'une excellente santé, il n'y a rien à signaler dans ses antécédents héréditaires, le cœur et les poumons sont parfaitement sains, il semble que toutes ces causes d'ordre général signalées plus haut ne doivent être invoquées. Certains pourront dire cependant en lisant notre observation, que le placenta pèse 980 grammes, et qu'il faut songer à la syphilis. Mais l'enfant lui aussi est d'un poids dépassant la moyenne (4970 grammes) ; le rapport habituellement recherché est ici de 1/5. Gailleton et Petit, dans leur thèse, ont montré d'ailleurs que les exceptions à cette loi ne sont pas rares et nous avons pu nous-mêmes nous en rendre compte dans le service de M. le Dr Voron. Une considération bien plus importante encore doit faire écarter ici cette idée de spécificité, cette femme a mis au monde huit enfants vivants, n'a jamais eu de fausses couches ; un enfant est né prématurément à sept mois.

Pouvons-nous alors songer au traumatisme ?
Recklinghausen et Eppinger parlent de lésions des tuniques des vaisseaux, par distension. Richerand, Hodgson, Hart, ont constaté que des mouvements d'extension répétés et exagérés de la jambe, amenaient parfois la rupture des tuniques internes de la poplitée. En Angleterre, l'anévrysme est beaucoup plus fréquent

qu'en France, et la plupart voient dans l'abus des sports chez la race anglo-saxonne, une des causes de fréquence de l'anévrisme.

Il semble qu'en effet une action traumatisante puisse exister, au cours de la grossesse et du travail.

Nous savons que l'utérus est maintenu en position par le péritoine qui le recouvre, les ligaments qui l'unissent aux parois de l'excavation, " par les vaisseaux " qui l'abordent et qui l'entourent, tels que les vaisseaux ovariens, l'utérine, la vaginale, autour desquels le tissu cellulaire pelvi-sous-péritonéal se condense, et par le périnée. Tous ces vaisseaux artériels et veineux, avec les expansions fibreuses qui les engainent, sont des moyens de soutènement de l'utérus gravide. Or, au cours de la grossesse et du travail, l'utérus se distend et d'autant plus que le produit de conception est plus volumineux ; cet organe exécute des mouvements de flexion et de torsion. Les ligaments et les vaisseaux se déplissent et s'allongent, leurs flexuosités disparaissent. Ils se tendent, sont tirillés surtout pendant le travail. Les vaisseaux sont plus ou moins comprimés, comme le montrent assez fréquemment les varices, œdème et gonflement des membres inférieurs. Ce sont là des traumas continus et répétés. Au moment de la période d'expulsion, la femme se livre à des efforts violents, crie, présente un faciès vultueux. Martin et Mauer ont constaté au poulx, que le nombre des pulsations est plus fréquent ; si ce nombre est de cinq à six par cinq secondes avant le travail et pendant l'intervalle des douleurs, il monte à sept au commencement de la contraction, et peut

arriver à huit et neuf. La tension artérielle, peu modifiée chez une femme en bonne santé, peut atteindre momentanément dix-neuf et vingt au Potain. Ce sont encore là des causes favorisantes.

Si nous nous reportons à notre observation, nous voyons que M^{me} F. a eu neuf grossesses ; ses enfants sont de poids supérieur à la moyenne, le dernier pesait 4970 grammes ; l'accouchement est plus laborieux ; la durée totale du travail chez cette multipare fut de 15 heures 30 à son dernier accouchement ; il y eut dystocie des épaules, dégagée par le procédé habituel. Ce sont là chez notre malade, autant de causes déterminantes et favorisantes du traumatisme des vaisseaux pouvant expliquer vraisemblablement la formation de la tumeur anévrysmale.

CHAPITRE V

PRONOSTIC

Le pronostic de l'anévrysme est variable suivant que l'on a affaire à un anévrysme artériel ou artérioveineux.

On a pu rencontrer quelques cas d'anévrysmes artériels guéris spontanément, par oblitération de la poche anévrysmale, par des caillots : caillot actif constitué par des strates fébrineuses, formées sous une influence vitale (thrombus blanc bien étudié par Zahn et Pitres) et caillot passif : caillots cruoriques, mous, de formation récente, de composition fébrinoglobulaire. Mais ces cas sont peu nombreux. Habituel-

lement, la poche anévrysmale s'accroît ; les symptômes de compression, les troubles moteurs, sensitifs, trophiques, apparaissent ; le danger de rupture devient plus menaçant. Il faut intervenir dans ces cas, toute expectation est à rejeter.

L'anévrysme artério-veineux peut également guérir spontanément, par oblitération, par des caillots. Mais ces cas sont des plus rares, car dans ces sortes d'anévrysmes à communication artério-veineuse, les caillots actifs ou fébrileux ne s'y déposent presque jamais. Certains de ces anévrysmes restent très longtemps stationnaires (cas de John Hunter), ou s'ils s'accroissent, leur accroissement est très lent ; il semble que dans ce cas, ce peut être une raison d'expectation. Mais bien souvent aussi, et on l'a vu fréquemment au cours de la guerre, l'anévrysme artério-veineux lui aussi s'accroît, augmente de volume, présente des phénomènes de compression, des troubles divers et autre complication fréquente : des troubles cardiaques pouvant aller jusqu'à l'asystolie (cas de M. Leriche), des troubles urinaires et hépathiques (cas de M. Leriche). Dans ces cas, toute expectative est à rejeter ; il faut intervenir.

Nous voyons donc l'importance qu'il y a de faire le diagnostic d'anévrysme artériel ou artério-veineux, et d'en surveiller l'évolution.

Pour le cas qui nous intéresse plus spécialement, la tumeur semblait s'accroître et assez rapidement ; toute expectative, qu'il s'agisse d'un anévrysme artériel ou artério-veineux, et nous avons émis l'hypothèse d'un anévrysme artériel, était à rejeter ; l'intervention fut

décidée par M. le D^r Laroyenne, Chirurgien des Hôpitaux.

En résumé, s'il s'agit d'un anévrysme artériel, le pronostic est toujours sévère et le traitement chirurgical admis par tous. Si nous nous trouvons en présence d'un anévrysme artério-veineux ne s'accroissant pas, ou augmentant très lentement de volume, ce peut être là une raison d'expectation. Mais si la poche anévrysmale s'accroît rapidement, a tendance à créer des complications, le pronostic, comme dans l'anévrysme artériel, est sévère ; il faut intervenir.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Nous avons vu dans notre observation que M. le D^r Laroyenne, Chirurgien des Hôpitaux, en présence de cette tumeur anévrysmale, décida une intervention sanglante pour le 16 janvier. A cette date fut pratiquée la ligature de l'hypogastrique droite, par MM. les Chirurgiens Laroyenne et Durand, intervention qui chez notre malade accouchée récemment, avait paru plus rapide, plus simple et moins traumatisante. Mais moins de huit jours après cette intervention, les symptômes de l'anévrysme réapparurent, et après plusieurs examens successifs de la malade, au cours desquels on

note la réapparition plus marquée du thrill et du souffle, une seconde intervention fut jugée nécessaire et pratiquée le 20 mars 1920 (obs. IV).

Que faut-il penser des diverses méthodes de traitement des anévrysmes dans les cas que nous avons signalés. Nous ne parlerons pas d'un certain nombre de méthodes visant la coagulation du sang dans la poche anévrysmale, abandonnées pour la plupart, parce qu'insuffisantes ou dangereuses, ou ne donnant des résultats que dans des circonstances exceptionnelles. Les méthodes préconisées sont les ligatures et les interventions sur la tumeur anévrysmale.

La ligature de l'hypogastrique est une intervention pratiquée depuis longtemps et dans des circonstances très diverses. Bier, en 1893, Meyer, en 1894-1896, lient l'hypogastrique pour des hypertrophies de la prostate. Harthmann et Fredet, en 1897, pratiquent cette intervention comme méthode atrophiante dans les tumeurs de l'utérus. M. Gouilloud, chez une jeune femme présentant un fibrome utérin, voit après ligature de ce vaisseau, un arrêt des hémorragies et un arrêt de développement de la tumeur. Giordano, en 1896 et Quénu, en 1897, lient l'hypogastrique comme méthode d'hémostase primitive, dans l'extirpation du cancer de l'anse recto-sigmoïde. L'hypogastrique est encore liée comme méthode d'hémostase primitive dans l'hystérectomie abdominale totale, selon le procédé de Prior, dans la colpo-hystérectomie abdominale, selon la technique de Wertheim (avec excision du paramètre et ablation des ganglions des groupes accessibles). Cette même intervention a été pratiquée dans le

traitement d'anévrysmes extra-pelviens, et enfin dans le traitement des anévrysmes du petit bassin, qui nous intéressent tout spécialement.

Nous ne décrivons pas ici la technique opératoire de la ligature de l'hypogastrique, par voie transpéritonéale, méthode admise actuellement par la plupart des chirurgiens. Cette ligature par voie transpéritonéale après laparotomie médiane, est magistralement décrite par Quénu et Duval (ligature bilatérale des artères hypogastriques par voie transpéritonéale). *Revue de Chirurgie*, Novembre 1898, page 979). Elle est également bien décrite dans la thèse de Gaillardon, Lyon, 1900-1901, qui s'inspire comme il le dit, de l'article de Quénu et Duval. Lorsqu'il s'agit d'une intervention sur l'hypogastrique droite ou gauche, la laparotomie latérale, selon le procédé de Chalot (*Gazette bi-hebdomadaire de Montpellier*, 1884, n^{os} 2 et 3), est également pratiquée). Pour Quénu, cette ligature est toujours d'une grande simplicité à droite ; elle est très simple aussi à gauche, si on peut relever l'anse colique ; elle devient plus délicate, s'il faut passer à travers le méro, à cause de l'infundibulum où il faut travailler. On ne signale pas d'accidents graves ou niveau du bassin, à la suite de la ligature des hypogastriques, vraisemblablement par suite de la présence de nombreuses voies collatérales.

Mais si nous recherchons quels furent les résultats de cette ligature dans le traitement de ces anévrysmes du petit bassin, voici ce que nous observons. Mundé (obs. II) affirme comme définitive à la sixième semaine, la guérison d'un anévrysme de l'utérine, après ligature

de l'iliaque interne et M. Lafourcade (obs. III) signale comme sortant guérie de sa clinique, au quinzième jour, M^{me} de C., atteinte d'un anévrysme de l'hypogastrique, traité par ligature de ce vaisseau. Nous ne sommes pas autorisés à considérer ces guérisons comme définitives. Chez notre malade, les symptômes de la tumeur anévrysmale, réapparaissent moins de huit jours après la ligature de l'hypogastrique. Il est possible que cette méthode ait pu donner des résultats dans le traitement d'anévrysmes extra-pelviens, qu'elle puisse donner des résultats favorables dans le traitement de tumeurs anévrysmales semblant évoluer très lentement, mais en tout cas, l'on ne fait pas encore mention de cas de guérison maintenus pendant longtemps, d'anévrysmes de l'hypogastrique ou de ses branches, traités par ligature de ce gros vaisseau.

Et dans le cas qui nous intéresse, cette méthode opératoire qui avait paru favorable chez M^{me} F., accouchée récemment, parce que plus rapide, plus simple et moins traumatisante devait présenter concernant la seconde intervention jugée nécessaire par MM. les Chirurgiens Laroyenne et Durand, quelques inconvénients : les rapports avaient été modifiés par la première intervention ; on fut privé d'un moyen de contrôle (coudure du vaisseau, pression sur l'artère) au cours de l'opération et il fallut agir sur une poche anévrysmale remplie de sang, par suite du développement des voies collatérales, poche que l'on ne pouvait plus vider en partie ou voir s'affaisser, par coudure du vaisseau ou pression sur l'artère.

Nous avons dit que les méthodes préconisées dans

le traitement des anévrysmes, étaient les ligatures *et les interventions sur la poche anévrysmale*. Parmi ces dernières méthodes, la technique idéale serait évidemment la méthode réparatrice (angiorraphie défendue par Cunéo et “reconstructive endo-aneurysmorrhaphy de Matas”). Mais sur de grosses poches anévrysmales, mal délimitées, adhérentes, friables, elle ne peut être pratiquée, étant surtout réservée au traitement des anévrysmes des artères des membres.

A côté de cette méthode théoriquement idéale, sont appliquées habituellement les méthodes suivantes : “ l’oblitérative endo-aneurysmorrhaphy de Matas ”, applicable surtout aux anévrysmes fusiformes avec ouverture de la poche anévrysmale, et après fermeture des orifices des vaisseaux par un plan profond de suture, oblitération du sac non réséqué par des sutures en capiton — l’extirpation en bloc du sac anévrysmal, sans incision préalable de la poche — l’incision d’emblée du sac, suivie de l’extirpation. Ces dernières interventions sont parfois longues et difficiles ; l’hystérectomie dans ces cas peut “ donner du jour ”, faciliter la péritonisation, permettre un tamponnement par le vagin. Elle fut pratiquée (hystérectomie totale) chez notre malade à la fin de l’opération, l’utérus étant conservé comme “ tracteur ” au cours de l’intervention. Au sujet de cette opération, signalons le procédé employé par M. le Dr Albertin, procédé que nous a indiqué M. le Dr Laroyenne, qui consiste à ramener lentement en position horizontale, la malade qui se trouve en position de Trendelenburg, pour éviter un brusque retour

du sang, et dans le cas de suintement sanguin, à remettre la malade en position de Trendelenburg.

Nous voyons donc en résumé, que la ligature de l'hypogastrique dans le traitement de ces anévrysmes, produit des effets immédiats : affaissement de la tumeur qui se vide, disparition des symptômes notés précédemment, mais nous ne sommes pas autorisés à conclure à la guérison définitive de ces anévrysmes par cette méthode opératoire. Il paraît nécessaire d'intervenir sur l'anévrysme lui-même. Mais la ligature de l'hypogastrique, au début de l'intervention sur une tumeur anévrysmale du petit bassin, peut avoir des indications comme méthode d'hémostase préventive, ou dans le but de permettre d'agir sur une poche vidée de son contenu.

CONCLUSIONS

Chez la femme, les anévrysmes du petit bassin siégeant sur l'artère hypogastrique ou sur ses branches, sont des affections rarement observées.

Nous publions une observation d'anévrysme du petit bassin, siégeant sur l'une des branches de l'hypogastrique, chez une femme en état de grossesse, anévrysme diagnostiqué à la fin de la grossesse.

Par suite du très petit nombre de cas que nous avons pu recueillir, nous ne pourrions que tracer un tableau très incomplet de cette affection.

La symptomatologie de ces tumeurs anévrysmales du petit bassin, est celle de l'anévrysme en général.

Les causes indiquées dans l'étiologie de cette affection, sont ces causes d'ordre général, signalées dans

l'étiologie de tout anévrisme, mais lorsque la tumeur anévrysmale survient au cours d'une grossesse, et surtout chez une multipare, le traumatisme des vaisseaux du petit bassin au cours de la grossesse et du travail, peut en expliquer la formation.

Le pronostic est celui de l'anévrisme artériel ou artério-veineux, intimement lié à l'évolution de la poche anévrysmale.

Dans le traitement de ces anévrysmes, la ligature de l'artère hypogastrique produit des effets immédiats : affaissement de la tumeur qui se vide, disparition des symptômes de la tumeur anévrysmale, mais nous ne sommes pas autorisés à conclure à la guérison de ces anévrysmes par cette méthode opératoire, et il paraît nécessaire d'intervenir sur l'anévrisme lui-même.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
A. POLLOSSON

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 17 Juin 1920.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN

BIBLIOGRAPHIE

- FARABEUF. — Les vaisseaux sanguins des organes génito-urinaires du périnée et du pelvis. Paris, Masson 1905.
- FREDET. — Recherches sur les artères de l'utérus. Th. Paris, 1899.
- DIEULAFOY. — *Pathologie Interne*. Tome I.
- HUCHARD. — Traité de chirurgie des maladies du cœur et de l'aorte.
- GALLAVARDIN L.. — Précis des maladies du cœur et de l'aorte.
- BERGE. — Contribution à l'étude des anévrysmes de l'aorte abdominale et particulièrement de leur évolution et de leur rupture. Th. de Lyon, 1913.
- PLASSON. — De l'extirpation du sac, dans les anévrysmes de la carotide primitive et des divers modes de traitement de ces anévrysmes. Th. de Lyon, 1907).
- PERRET J.. — Rupture des anévrysmes de l'aorte dans le tissu cellulaire du médiastin. Th. de Lyon, 1908.
- CASALTA. — Observations inédites d'anévrysmes artério-veineux. Leur traitement. Th. de Montpellier, 1909.
- GOTTSCHALK. — Valeur thérapeutique des ligatures utérines. *Annales de gynécologie*, 1898.
- DELBET et LE DENTU. — Tome IV.
- DOBROVOLSKAIA. — Contribution à l'étude des blessures des

- vaisseaux et des anévrysmes traumatiques. *Revue de Chirurgie*, 1919.
- GRÉGOIRE et MONDOR. — Stades initiaux de l'anévrysme artérioveineux. *Revue de Chirurgie*, 1918.
- FARGUE. — Anévrysme artérioveineux en chirurgie de guerre. *Recue de Chirurgie*, 1917.
- DUPLAY, ROCHARD et DEMOULIN. — *Manuel de diagnostic Chirurgical*.
- PATEL. — Anévrysme artériel de la carotide primitive gauche. Extirpation. Résultat éloigné. *Lyon Chirurgical*, 1919, n° 4.
- LERICHE. — Asystolie consécutive à l'évolution d'un anévrysme artérioveineux iliaque externe. Extirpation de l'anévrysme. Guérison de l'asystolie. *Lyon Chirurgical*, 1919, n° 4.
- COTTE G. et SANCERT. — Anévrysme artérioveineux de l'iliaque interne. *Société de Chirurgie*, 1916, Paris.
- LAFOURCADE. — Chirurgie abdominale. Anévrysme de l'iliaque interne. *Société de Chirurgie*, Paris, 15 octobre 1919.
- BRAINE J.. — Des anévrysmes artérioveineux. *Gazette des Hôpitaux*, 28 juin 1919.
- JONNESCO. — Des anévrysmes artérioveineux. *Société de Chirurgie*, Bucarest, 1902.
- SOUBOTITCH. — Quelques considérations sur les anévrysmes traumatiques. *Bulletin et Mémoire de la Société de Chirurgie de Paris*, 16 février et 22 mars 1916.
- MORAT et DOYON. — 1918. Fonctions de relation et de reproduction. Physiologie.
- DUVAL ET GLEY. — 1903. Fonction de reproduction, II^e partie.
- TAVERNIER. — *Bulletin de la Société de Chirurgie de Lyon*, 1913. Tome XVI.
- BÉRARD et DUNET. — *Lyon Médical*, septembre 1918.
- BÖCKEL. — *Lyon Médical*, 1917.
- ALAMARTINE. — Les plaies artérielles sans hémorragies externes (hématomes diffus, fistules artérioveineuses, anévrysmes traumatiques) et leur traitement chirurgical. *Lyon Chirurgical*, 1916.
- BAUDET et KENDIRJY. — Ligature de l'artère hypogastrique ; de son application thérapeutique. *Revue Générale in Gazette des Hôpitaux*, avril 1899.

- MONOD et VANVERTS. — Traitement des anévrysmes artério-veineux. Documents et remarques. *Revue de Chir.*, 1910.
- ZABLOCKI Adam. — Contribution à l'étude du radio-diagnostic des anévrysmes de l'aorte thoracique, La méthode actuelle et ses résultats. Th. de Lyon, 1912.
- CARRET Claude. — Un cas d'anévrysme artério-veineux de l'artère-veine ischiatique. Th. de Lyon, 1916.
- OLTRAMARE J.. — Quelques remarques à propos des anévrysmes artério-veineux de la fémorale. Th. de Lyon, 1919.
- DELBET et MOCQUOT. — Affections chirurgicales des artères, Paris J.-B. Baillière et fils, 1911.
- MUNDÉ. — *Méd. Record*, 31 décembre 1898. Anévrysme de l'artère utérine guéri par ligature de l'artère hypogastrique et l'électrolyse du sac anévrysmal.
- FALLIÈS Henri. — Th. de Paris, 1915. Contribution à l'étude des anévrysmes, consécutifs aux blessures de guerre.
- QUÉNU et DUVAL. — Ligature bilatérale des artères hypogastriques par voie transpéritonéale. *Revue de Chirurgie*, nov. 1898, page 979.
- DUVAL (Marcelin). — Traité des ligatures.
- CHALOT. — *Gazette hebdomadaire de Montpellier*, 1884, nos 2 et 3.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	7
CHAPITRE PREMIER. — Observations.....	11
CHAPITRE II. — Symptomatologie.....	31
CHAPITRE III. — Diagnostic différentiel.....	35
CHAPITRE IV. — Etiologie et Pathogénie.....	39
CHAPITRE V. — Pronostic.....	43
CHAPITRE VI. — Traitement.....	47
CONCLUSIONS.....	53
BIBLIOGRAPHIE.....	55

